

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 43

FACULTÉ DE MÉDECINE

LES RESULTATS

DES OPÉRATIONS CONSERVATRICES

DANS LES

ANNEXITES CHRONIQUES

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Avril 1912

PAR

Antoine ROBERT

Né à Vichy, le 7 mars 1886.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la thèse	{	DE ROUVILLE, Profes. adj. <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		GILIS, Professeur,		
		MASSABUAU, Agrégé,		
		DELMAS, Agrégé,		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1912

LES RÉSULTATS
DES OPÉRATIONS CONSERVATRICES
DANS LES
ANNEXITES CHRONIQUES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 43

FACULTÉ DE MÉDECINE

LES RÉSULTATS

DES OPÉRATIONS CONSERVATRICES

DANS LES

ANNEXITES CHRONIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Avril 1912

PAR

Antoine ROBERT

Né à Vichy, le 7 mars 1886

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

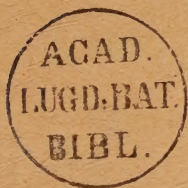
Examineurs de la thèse	{	DE ROUVILLE, Profes. adj. <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		GILIS, Professeur,		
		MASSABUAU, Agrégé,		
		DELMAS, Agrégé,		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN et MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1912



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN
SARDA.	ASS ^{SE} R
IZARD.	SEC ^E TAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*).
	Chargé de l'enseignt de pathol. et therap. génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (*).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv	MAIRET (*).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique	TRUC (*).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DU CAMP.
Anatomie	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER.
	Chargé de l'enseignement de la Clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT
HAMELIN (*)

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés des Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr. libr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. LAGRIFFOUL	MM. DERRIEN
VEDEL	GAUSSEL	MASSABUAU
SOUBEYRAN	RICHE	EUZIÈRE
GRYNFELTT Ed.	CABANNES	LECERCLE
LEENHARDT	DELMAS (Paul).	FLEIG, chargé des fonc

Examineurs de la Thèse

MM. DE ROUVILLE, <i>président.</i>	MM. MASSABUAU, <i>agrégé.</i>
GILIS, <i>professeur.</i>	DELMAS, <i>agrégé.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans ses Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MA MÈRE ET DE MON PÈRE

A MON ONCLE
S. G. MONSEIGNEUR P.-J. GEAY
ÉVÊQUE DE SAMOS

A MES FRÈRES ET A MA SOEUR

MEIS ET AMICIS

A ROBERT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE DOCTEUR DE ROUVILLE
PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A TOUS MES MAÎTRES

A. ROBERT.

LES RÉSULTATS
DES OPÉRATIONS CONSERVATRICES
DANS LES
ANNEXITES CHRONIQUES

INTRODUCTION

Le problème de la conservation des annexes de l'utérus, dans le traitement des salpingo-ovarites, a fait l'objet de nombreuses discussions : si parmi nos maîtres, les uns préfèrent la castration totale, les autres, au contraire, donnent leur préférence à la chirurgie conservatrice. Qui a tort, qui a raison ?

Dans un débat aussi ardu, où les adversaires sont si éminents, il ne nous appartient pas, à nous, humble étudiant, de donner notre avis. Cependant, le lecteur pourra se faire une opinion, quand il aura parcouru ces quelques pages, et c'est lui qui jugera.

Pour nous, nous nous sommes proposé simplement d'exposer ici les « Résultats obtenus à la suite des opérations conservatrices » dans les annexites chroniques.

Nous publions donc une série d'observations empruntées aux archives de la clinique gynécologique de notre éminent maître, M. le professeur de Rouville. Nous les avons notées scrupuleusement, et si nous avons négligé le côté étiologique, clinique, pathologique, en revanche, nous insistons particulièrement sur les suites éloignées, sur les résultats lointains obtenus dans les interventions pratiquées au cours de ces six dernières années.

Pour avoir les derniers renseignements, nous nous sommes mis directement en relation avec nos malades ; quelques-unes ont bien voulu nous répondre ; malheureusement, le nombre en est bien restreint ; quant à celles qui se sont abstenues, ou qui ne se sont pas représentées à l'hôpital, nous les considérons comme définitivement guéries, estimant que, dans le cas contraire, elles n'auraient pas manqué de venir consulter à nouveau.

Dans un premier chapitre, nous exposerons donc nos observations en les classant suivant un ordre logique ; nous donnerons la première place à celles pour lesquelles l'opération conservatrice a été couronnée de succès, sans récidives, et nous citerons en première ligne celles où des grossesses consécutives ont été observées ; nous citerons ensuite les cas pour lesquels une opération itérative a été jugée nécessaire.

Dans un second paragraphe, nous grouperons les opérations effectuées, les résultats, et nous les comparerons aux statistiques parues antérieurement ; nous dirons en outre les lésions constatées et le mode opératoire suivi.

Dans une troisième partie enfin, nous établirons un parallèle entre les interventions radicales et les interventions économiques ; nous ferons ressortir les avantages de ces dernières : le rôle de l'ovaire, sa sécrétion interne, les troubles d'insuffisance ovarienne combattus si souvent

en vain par l'opothérapie et la greffe. Nous terminerons en indiquant les principales contre-indications de la conservation : notre conclusion se dégagera d'elle-même.

En mettant à notre disposition les documents qui vont servir à notre travail, M. le professeur de Rouville nous a donné une grande preuve de sympathie. Ayant quitté Paris inopinément, où nous laissions des maîtres qui nous sont chers, des amis dévoués, nous avons été heureux de rencontrer ici un maître qui nous a fait le plus bienveillant accueil ; aussi c'est un bonheur pour nous de lui dire toute notre reconnaissance, et c'est un bien faible gage de notre gratitude que nous lui faisons en lui dédiant notre thèse.

Nous prions également M. le professeur Gilis et MM. les professeurs agrégés Massabuau et Delmas, qui ont bien voulu faire partie de notre jury, d'accepter nos respectueux remerciements.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

Grossesses

OBSERVATION PREMIÈRE

Mme P..., 35 ans. Arles-sur-Rhône.

Réglée à 16 ans. Mariée à 19 ans.

Après son quatrième accouchement des douleurs lombaires apparaissent accompagnées de pertes blanches. Les douleurs s'irradient du côté de la cuisse droite.

Entre à l'hôpital en janvier 1901.

A l'examen de la malade, on constate une rétroversion de l'utérus ; les culs-de-sac latéraux sont normaux, mais dans le cul-de-sac postérieur on sent une masse lisse, rénitente et douloureuse.

Le 27 juin, opération.

L'ovaire droit est doublé de volume, nombreux kystes à sa surface, et surtout volumineux kyste hématique. Dans la trompe également, poches hématiques distinctes. Les annexes droites sont enlevées. A gauche, annexes saines laissées en place. Hystéropexie.

Suites parfaites : les douleurs s'irradient dans la cuisse droite, dues à une sciatique, s'atténuent.

La malade, revue en 1907, est en parfaite santé.

En 1909, M. le professeur de Rouville apprend que Mme P... a accouché d'un enfant à terme dans d'excellentes conditions.

OBSERVATION II

Mme C..., 21 ans. En ville.

Réglée à 14 ans. Mariée à 18 ans.

Règles très irrégulières avant son mariage. Après, forte hémorragie qui oblige la malade à s'aliter. Reste 33 jours à la Maternité. Sort améliorée ; mais avec son travail, les hémorragies reviennent accompagnées de violentes douleurs dans le ventre. En 1905, la malade est enceinte : bonne grossesse, bon accouchement, bonnes suites de couches. Elle nourrit quatorze mois. Mais dès la réapparition des règles, les douleurs réapparaissent. Pertes rouges, /pertes blanches.

Entre à l'hôpital en décembre 1907. Tuméfaction dans le cul-de-sac latéral droit.

Laparotomie le 4 décembre.

Les annexes droites sont adhérentes au cul-de-sac latéral droit ; l'ovaire est scléreux, la trompe très rouge, est volumineuse. Les annexes de ce côté sont enlevées. L'ovaire gauche présente un kyste hématique qui est réséqué. Trompe saine.

Suites opératoires un peu longues ; en février la malade est guérie.

Revue en 1909, la malade est enceinte de trois mois environ ; elle est en excellente santé. Ne souffre aucunement.

Nous avons appris que la malade avait eu un enfant dans d'excellentes conditions.

Mme C... vient de nous faire savoir que, depuis, elle avait encore eu deux enfants ; le troisième serait né prématurément.

OBSERVATION III

M. D..., 30 ans, Agde.

Réglée à 13 ans. Mariée à 17 ans. Deux enfants. Grossesses et accouchements sans incidents. Fait une fausse couche de deux mois ; depuis, souffre du ventre et a des pertes blanches. Au toucher, on provoque des douleurs, surtout dans le cul-de-sac latéral droit.

Laparotomie le 16 mai 1908.

A gauche, la trompe est saine, mais l'ovaire scléro-kystique est ignipuncturé.

A droite, ovaire scléro-kystique présentant, en outre, un kyste hématique d'un corps jaune ; la trompe est un peu augmentée de volume, les franges sont épaissies ; les annexes de ce côté sont enlevées.

Hystéropexie.

Suites parfaites.

La malade vient de nous donner de ses nouvelles : quinze mois après son opération, elle a eu une fille ; grossesse normale, ainsi que l'accouchement. Mme D... est en excellente santé ; elle souffre cependant au moment de ses règles, surtout les deux premiers jours.

OBSERVATION IV

Mlle C..., 21 ans, en ville.

Réglée à 11 ans. Quelques pertes blanches. A quinze ans, fausse couche de deux mois. Depuis, la malade res-

sent des douleurs dans les deux fosses iliaques. Ces douleurs surviennent par crises durant trois ou quatre jours et forcent la malade de s'aliter.

Examinée le 15 février 1909 : on sent les deux ovaires augmentés de volume et douloureux à la pression.

Intervention :

A gauche, la trompe paraît normale, l'ovaire est seléro-kystique ; on y fait des cautérisations profondes pour détruire les kystes.

A droite, les annexes, augmentées de volume, sont enlevées.

Suites normales.

Quelques mois plus tard, Mlle C... devient enceinte. La grossesse se passe dans des conditions excellentes, l'accouchement lui-même est parfait ; malheureusement, la malade meurt, dans les jours qui suivent, de péritonite ? ou de maladie intercurrente ?

OBSERVATION V

Mme C..., 30 ans, Gignac.

Réglée à 14 ans. Mariée à 20 ans. Cinq enfants. Le dernier accouchement a eu lieu il y a deux ans ; les règles sont, depuis, plus abondantes, la malade a des pertes blanches et souffre continuellement du ventre : les douleurs se localisent surtout dans la fosse iliaque gauche.

Entre à l'hôpital le 16 avril 1909.

Au toucher, on constate que l'utérus est en rétroversion ; le cul-de-sac gauche est douloureux à la pression et on y apprécie assez nettement une tuméfaction.

Opération le 6 mai 1909.

A droite, annexes normales. A gauche, l'ovaire est scléro-kystique ; il s'y trouve, en outre, un gros kyste contenant un liquide jaunâtre. La trompe est légèrement augmentée de volume. Les annexes de ce côté seul sont enlevées.

Le 6 juin, la malade sort guérie. Vue en décembre 1909, la malade nous déclare qu'elle est enceinte.

Elle a accouché dans d'excellentes conditions en juin 1910. Nous avons appris qu'elle était toujours en bon état de santé.

OBSERVATION VI

Mme A..., Arles (abcès intra-péritonéal sous-tubaire).

Laparotomie le 21 décembre 1907.

On découvre un énorme abcès de l'ovaire droit : les parois sont minces et renferment un pus très épais ; la trompe droite est très épaissie et remplie de fongosités purulentes. Les annexes droites sont enlevées. A gauche : la trompe est saine, l'ovaire polykystique ; les kystes sont cautérisés.

Suites normales : la malade sort guérie le 22 janvier.

En novembre 1910, la malade nous fait savoir qu'elle est enceinte.

OBSERVATION VII

Mme J..., 30 ans.

Réglée à 14 ans. Mariée à 21 ans. Deux accouchements normaux, un avortement en 1910. Depuis, la malade perd plus abondamment ; elle ressent des douleurs généralisées au côté droit du ventre.

Entre à la clinique le 4 novembre 1910.

Au toucher, dans le cul-de-sac latéral droit, on sent une masse douloureuse à la pression.

Laparotomie le 19 novembre.

A droite, les annexes sont enlevées ; l'ovaire est volumineux et scléro-kystique ; la trompe est distendue par un épanchement sanguin.

A gauche, la trompe est bosselée, tortueuse ; on en fait le cathétérisme. L'ovaire scléro-kystique est réséqué en partie. Suites excellentes.

Revue en 1911, la malade se plaint de douleurs vagues.

La malade nous écrit qu'elle est probablement enceinte du mois de janvier : elle n'est plus réglée et a eu quelques phénomènes sympathiques qui feraient croire en effet à une grossesse (nausées, vomissements, dégoût).

Suites normales

OBSERVATION VIII

Mme L..., 20 ans.

Réglée à 12 ans.

Il y a dix mois, ressent de violentes douleurs dans la région droite de l'abdomen ; les règles sont suspendues, des pertes blanches surviennent.

Entre à l'hôpital en décembre 1910.

Au toucher, le cul-de-sac droit est très douloureux ; on y sent une masse mobile. A gauche, cul-de-sac moins douloureux.

Laparotomie le 20 décembre.

A droite, les annexes sont enlevées : ovaire scléro-kystique doublé de volume, trompe absolument fermée.

A gauche, ovaire scléreux ; on en résèque une partie ; trompe normale. Suites parfaites.

La malade nous a répondu : elle est aujourd'hui en parfait état de santé et ne ressent plus aucune douleur.

OBSERVATION IX

Mme R..., 21 ans.

Réglée à 12 ans. Mariée à 18 ans.

Après une fausse-couche, les règles sont devenues moins abondantes. Quelques mois après, forte hémorragie durant 15 jours ; crise brusque de violentes douleurs à gauche durant quelques heures et se reproduisant dans les mêmes conditions pendant 4 jours.

Entre à la clinique le 30 avril.

L'utérus est gros, le col mou, œdémateux ; dans le cul-de-sac postérieur, il existe une masse douloureuse dépendant probablement des annexes droites. Dans le cul-de-sac latéral droit, on sent une tumeur liquide remontant jusqu'à six travers de doigt au-dessus de la symphyse, séparée de l'utérus.

Intervention le 1^{er} juin 1907.

Kyste du ligament large droit, facilement énucléé. Les trompes sont énormes, rouges, œdématisées, d'une longueur démesurée. Résection des deux trompes. Les ovaires sains sont respectés.

Suites parfaites.

La malade sort guérie le 28 juin.

On la revoit en 1910 : depuis son opération, elle est régulièrement réglée, sans douleurs, en état de santé parfaite. Les règles persistent malgré l'ablation bilatérale des trompes.

OBSERVATION X

Mme G..., 29 ans, Cette.

Réglée à 13 ans, mariée à 18 ans. Accouchement normal à 20 ans. La maladie débute il y a deux ans, sans cause apparente : pertes blanches abondantes s'accompagnant de douleurs localisées à droite et s'irradiant dans la région lombaire.

Examen le 12 novembre 1911.

L'utérus est en rétroversion prononcée ; on provoque une douleur par la pression dans le cul-de-sac latéral gauche.

Intervention le 23 novembre.

Les deux ovaires présentent de nombreux kystes : ignipuncture. Hystéropexie.

Suites normales.

OBSERVATION XI

Mme G..., à Bonjan, 33 ans.

Réglée à 14 ans.

Après son dernier accouchement (novembre 1906), la malade commence à souffrir du côté gauche ; les règles surtout sont douloureuses et s'accompagnent de nausées et de vomissements.

Entre à l'hôpital en mai 1908.

Au toucher, on constate une rétroversion très marquée de l'utérus, et dans le cul-de-sac gauche, on perçoit nettement une tumeur douloureuse.

Laparotomie le 2 juin.

A gauche, ovaire scléro-kystique avec des adhérences

à la trompe, qui est très congestionnée. Ablation. A droite, l'ovaire présente un kyste, que l'on résèque.

Hystéropexie.

Suites parfaites.

OBSERVATION XII

Mme F..., 20 ans, Saint-Privat.

Réglée à 16 ans.

En août 1910, accouchement normal à terme. Consécutivement, douleurs, pertes rouges, pertes blanches. Les douleurs ne font qu'augmenter pendant toute l'année et la malade entre à l'hôpital le 26 avril 1911.

Au toucher, on constate dans les culs-de-sac latéraux des ovaires volumineux et douloureux.

Intervention le 11 mai.

A gauche, les annexes sont enlevées : ovaire volumineux, bourré de kystes séro-hématiques ; la trompe est volumineuse et congestionnée.

A droite, la trompe apparaît saine ; ovaire scléro-kystique ; résection partielle et cautérisation.

Suites parfaites.

OBSERVATION XIII

Mme L..., 28 ans, Marseillan.

Réglée à 15 ans. Mariée à 19 ans.

Deux accouchement normaux ; en 1910, avortement ; depuis, la malade a des pertes blanches, tachant et empesant le linge, les règles sont douloureuses ; ces douleurs provoquent parfois des vomissements. Entre à l'hôpital le 12 mai 1911.

Au toucher, on constate que le cul-de-sac gauche est occupé par une masse douloureuse à la pression ; il s'agit probablement d'un ovaire scléro-kystique.

Intervention le 4 juin 1911.

A gauche, ablation des annexes : ovaire gros, scléro-kystique, bourré de kystes séro-hématiques.

A droite, résection de la moitié externe de l'ovaire polykystique.

Suites opératoires parfaites.

La malade vient de nous donner de ses nouvelles : elle ne souffre aucunement ; les règles sont régulières et non douloureuses.

OBSERVATION XIV

Mme P..., 24 ans.

Réglée à 14 ans.

Trois accouchements normaux.

Peu après, il y a cinq ou six mois, la maladie débute sans cause apparente : douleurs abdominales avec prédominance à droite et pertes blanches abondantes.

Entre à l'hôpital le 27 février 1911.

Au toucher : les culs-de-sac latéraux sont douloureux ; et à droite, on sent nettement l'ovaire volumineux, roulant sous le doigt.

Laparotomie le 7 mars.

A droite, ablation des annexes ; l'ovaire est augmenté de volume, scléreux, avec de nombreux kystes séro-hématiques.

A gauche, ovaire plus petit que normalement ; il présente en outre deux ou trois petites kystes ; résection partielle.

Suites parfaites. Guérison.

La malade, revue en mai 1911, est en excellente santé.

OBSERVATION XV

Mme G..., 31 ans, Saint-Pons.

Réglée à 18 ans. Mariée à 20 ans.

Ni accouchement, ni avortement. A 26 ans, la malade ressent des douleurs abdominales surtout influencées par la fatigue et la menstruation. Pertes blanches, jaunâtres, empesant le linge.

Entre le 20 février 1911 à l'hôpital.

A l'examen : le corps de l'utérus est en rétroversion ; les culs-de-sac latéraux sont douloureux, sans grosses masses.

Intervention le 16 mars.

A droite, les annexes sont enlevées ; l'ovaire est volumineux, scléro-kystique ; la trompe, contournée, est cou-dée par des adhérences avec l'ovaire.

A gauche, la trompe est saine ; l'ovaire présente un kyste séro-hématique ; résection partielle. Hystéropexie.

Sort le 10 avril en parfait état.

OBSERVATION XVI

Mme B..., 22 ans. En ville.

Réglée à 16 ans.

Vers l'âge de 20 ans, la malade a des pertes blanches abondantes, des douleurs surviennent à l'époque des règles.

Entre à l'hôpital en mai 1910.

On sent nettement à gauche, au toucher, une masse

volumineuse, rénitente, douloureuse : il s'agit évidemment des annexes.

Intervention le 4 juin.

Les annexes gauches sont enlevées : l'ovaire est confondu avec la trompe ; il a le volume d'une mandarine et ne forme qu'une poche remplie de pus. La trompe est quintuplée de volume.

À droite, on laisse les annexes qui paraissent saines.
Suites parfaites.

OBSERVATION XVII

Mme L..., 28 ans.

Réglé à 11 ans. Mariée à 17 ans 1/2.

Après un avortement, la malade commence à avoir des pertes blanches et à souffrir du ventre. Ces douleurs et ces pertes s'accroissent pendant un an, et le 13 juin 1910, elle entre à la clinique.

À l'examen, c'est à droite que l'on constate surtout un point douloureux ; au toucher, on sent facilement deux masses mobiles dans les culs-de-sac latéraux.

Intervention le 25 juin.

Les ovaires contiennent de gros kystes ; ils sont doublés de volume ; on les enlève. Trompes saines.

Suites parfaites.

Mme L... nous a donné de ses nouvelles : elle va très bien à tous les points de vue.

OBSERVATION XVIII

Mme F..., 38 ans, Roujan.

Réglée à 12 ans. Mariée à 22 ans.

Après trois accouchements, vers l'âge de 36 ans, la malade ressent des douleurs abdominales ; les règles surtout sont douloureuses ; elle accuse en outre quelques pertes blanches.

Entre à l'hôpital en octobre 1909.

A l'examen, on constate que l'utérus est complètement basculé dans le Douglas ; on sent facilement les annexes gauches, qui sont douloureuses.

Intervention le 12 novembre 1909.

Les annexes gauches sont enlevées. A droite, la trompe seule est respectée.

Hystéropexie.

Suites parfaites.

OBSERVATION XIX

Mme D., 19 ans, en ville.

La maladie débute il y a deux ans par des pertes abondantes tachant et empesant le linge, accompagnées de douleurs généralisées dans tout l'abdomen.

Examen en octobre 1911.

On diagnostique une salpingo-ovarite à gauche.

Intervention en décembre.

A gauche, ablation des annexes ; ovaire scléro-kystique.

A droite, ovaire également scléro-kystique, mais à un degré moindre ; on en résèque une partie.

Suites excellentes.

OBSERVATION XX

Mme C., 40 ans.

Réglée à 12 ans. Mariée à 17 ans.

Après son troisième accouchement, la malade éprouve des douleurs siégeant surtout au côté gauche ; pendant cinq ou six années consécutives, ces douleurs s'accroissent davantage, des hémorragies surviennent.

Entre à l'hôpital en janvier 1907.

Dans le cul-de-sac gauche, on sent les annexes et le toucher est douloureux.

Laparotomie le 12 janvier.

A gauche, la trompe est fixée par des adhérences, est très volumineuse et contient une certaine quantité de pus ; elle est enlevée, ainsi que l'ovaire.

A droite, les annexes saines sont respectées.

Suites parfaites.

OBSERVATION XXI

Mme G..., 36 ans. En ville.

Réglée à 14 ans.

Ni accouchement, ni avortement.

Il y a cinq mois, augmentation du volume du ventre, très sensible à droite, douleurs, pas de pertes blanches. Au toucher, tumeur indépendante de l'utérus.

On diagnostique un kyste de l'ovaire.

Le 10 mars 1911, ablation du kyste. Les annexes saines sont respectées.

Sort guérie un mois après. Suites parfaites.

La malade nous donne de ses nouvelles : elle est réglée régulièrement, ne souffre plus du tout et se déclare enchantée de l'opération qu'elle a subie.

OBSERVATION XXII

(In thèse Remusat, 1911)

Résumée

Mme J..., Arles.

Réglée à 17 ans.

A un accouchement à 17 ans. Fausse-couche il y a deux ans de 5 à 6 semaines. Depuis, douleurs abdominales exagérées pendant les règles.

A l'examen, on sent nettement le corps utérin en rétroflexion ; le cul-de-sac gauche est douloureux à la pression.

Intervention le 28 octobre 1908. Hystéropexie. Ignipuncture des deux ovaires micro-kystiques.

Suites normales.

La malade est revenue en 1910 : le coït n'est plus douloureux, mais le sens génital est très émoussé. La santé est excellente.

OBSERVATION XXIII

Mme L..., 25 ans, Oran.

Réglée à 12 ans. Mariée à 20 ans.

A la suite d'une fausse-couche, les pertes rouges deviennent continuelles, des douleurs surviennent dans l'abdomen ; douleurs plus fréquentes le soir. Aux pertes rouges succèdent quelques pertes blanches.

A l'examen, on sent très bien les annexes gauches douloureuses. A droite, on ne les perçoit pas.

A gauche : ovariectomie ; l'ovaire est scléro-kystique.

A droite : ablation partielle de l'ovaire, dont une partie est également scléro-kystique.

Suites parfaites.

OBSERVATION XXIV

Mme S..., 17 ans, Cette.

(Tumeur fibromateuse de l'ovaire). Pertes rouges continues depuis six mois environ.

Entre à l'hôpital en novembre 1910.

À la palpation, on sent nettement dans l'hypocondre droit une tumeur dure, bosselée, occupant toute la région ovarienne et remontant à deux travers de doigt de l'ombilic. Dans le cul-de-sac droit, au toucher, on perçoit une volumineuse tumeur occupant aussi le cul-de-sac postérieur.

Opération le 12 novembre.

La tumeur — du poids de 1 kil. 600 gr. — est énucléée facilement et l'on constate que son pédicule est constitué par l'ovaire droit ; 1/3 de cet ovaire paraît sain, on le laisse. Rien aux annexes gauches que l'on examine directement.

Suites opératoires excellentes.

La malade nous fait savoir qu'elle est en excellente santé.

OBSERVATION XXV

Mme F..., 29 ans.

Après son premier accouchement, il y a cinq ans, la malade accuse des douleurs qui surviennent par crises paroxystiques, et en même temps elle présente des pertes blanches très abondantes.

Entre à l'hôpital en février 1912.

On constate les signes probables d'une grossesse, mais

devant les douleurs de la malade, on se décide cependant à intervenir.

Laparotomie le 20 février.

L'utérus, en effet, apparaît gros et congestionné. A gauche, ablation des annexes ; l'ovaire est gros, scléreux et présente de nombreux kystes hématiques.

Rien à droite ; les annexes sont respectées.

Suites parfaites.

La grossesse continue dans d'excellentes conditions.

OBSERVATION XXVI

Mme G..., 38 ans.

Réglée à 10 ans 1/2. Mariée à 23 ans. A eu 4 enfants.

Entre à l'hôpital en octobre 1908 pour douleurs abdominales remontant à 6 ans. A l'examen, on trouve un utérus en rétroversion ; le cul-de-sac gauche est assez sensible à la pression.

Intervention dans le courant du mois : les ovaires sont libres d'adhérences ; on y trouve quelques microkystes, que l'on touche au thermocautère.

Hystéropexie.

Suites opératoires normales. Sort le 11 novembre, guérie.

OBSERVATION XXVII

Mme H..., 19 ans, en ville.

Réglée à 13 ans. Pas d'enfants ni de fausse-couches. Depuis trois ans, la malade a des pertes jaunes, s'accompagnant de douleurs localisées à gauche et s'irradiant vers l'anus.

A l'examen, on constate une tumeur peu volumineuse, mais surtout douloureuse, dans le cul-de-sac latéral gauche.

Intervention le 25 février 1912.

A gauche, ablation des annexes ; adhérences nombreuses entre l'ovaire et la trompe ; ovaire polykystique.

A droite, résection des 2/3 de l'ovaire scléreux et résection de l'extrémité abdominale de la trompe ; salpingostomie ; cathétérisme.

Suites excellentes. Mme H... nous fait savoir qu'elle est en excellente santé.

OBSERVATION XXVIII

Mme P..., 30 ans, Balaruc.

Réglée à 12 ans. Mariée à 19 ans.

Trois accouchements suivis d'une fausse-couche. Depuis, les règles sont irrégulières, plus abondantes et s'accompagnent de douleurs. En outre, la malade a des pertes blanches.

A l'examen, le cul-de-sac latéral gauche est douloureux au palper, mais on n'y constate pas de tumeur appréciable.

Laparotomie le 6 mars 1909.

A droite, l'ovaire scléro-kystique est très augmenté de volume ; on y constate un kyste hématique de la grosseur d'une noisette ; la trompe paraît saine. On enlève l'ovaire.

A gauche, une partie de l'ovaire présente de petits kystes ; on fait une résection partielle ; la trompe est respectée.

Suites normales. La malade sort guérie le 29 mars.

OBSERVATION XXXIX

Mme C..., 32 ans, Cette.

Réglée à 16 ans. Mariée à 20 ans.

Un accouchement normal ; il y a un an (1910), la malade éprouve des douleurs localisées à gauche, accompagnant des pertes blanches abondantes.

Entre à l'hôpital en mai 1911.

Au toucher, on sent nettement dans les culs-de-sac latéraux des masses annexielles très douloureuses à la pression.

Intervention le 20 mai.

A gauche, ablation des annexes ; l'ovaire est sclérokystique et bourré de petits kystes, la trompe est volumineuse et congestionnée.

A droite, ovaire kystique ; on en résèque les 2/3. Trompe saine.

Suites opératoires parfaites. Guérison.

Mme C... nous écrit qu'elle est en bonne santé ; elle a augmenté de deux kilogs. Menstruation irrégulière.

OBSERVATION XXX

Mme D..., 31 ans, Montpellier.

La malade a toujours été bien réglée ; après un accouchement, en novembre 1899, la malade se plaint de douleurs dans le ventre, s'accompagnant de pertes blanches. Jusqu'en 1907, la malade, avec des soins médicaux,

vaque à ses occupations habituelles. A cette époque, de vives douleurs forcent la malade à s'aliter et elle entre à l'hôpital.

On diagnostique un kyste de l'ovaire.

Le 16 mai de la même année, laparotomie, ablation d'un kyste volumineux de l'ovaire droit ; à gauche, l'ovaire scléro-kystique est également enlevé.

Suites opératoires parfaites.

La malade a été revue en 1908 ; elle est en excellente santé.

OBSERVATION XXXI

Mme T..., -23 ans, Melpas (Espagne).

Mariée à 15 ans.

Trois grossesses successives normales. Après son dernier accouchement, surviennent des douleurs qui s'exagèrent pendant la menstruation et qui se localisent spécialement dans l'hypocondre gauche.

Entre à l'hôpital en novembre 1907.

Palpation douloureuse à gauche ; au toucher, on sent l'utérus en rétroversion prononcée ; le cul-de-sac latéral gauche est très douloureux ; on sent nettement l'ovaire augmenté de volume.

Intervention le 19 novembre 1907.

Ablation des annexes gauches ; l'ovaire renferme de nombreux kystes citrins et un kyste hématique que l'on résèque. La trompe est saine. Hystéropexie.

Suites parfaites.

Deux ans après, des douleurs apparaissent au niveau de la cicatrice et dans le voisinage de l'ombilic. On fait

une nouvelle intervention et on constate de nombreuses adhérences épiploïques et intestinales : on les libère.

Les suites furent parfaites.

OBSERVATION XXXII

Mme C..., 21 ans, journalière.

Réglée à 11 ans. Mariée à 17 ans.

Présente, à partir de son mariage, des pertes blanches, continues, empesant et tachant le linge. Douleurs à droite ; rapports conjugaux très douloureux.

Entre à l'hôpital en juillet 1907.

On sent dans le cul-de-sac droit les annexes basses et douloureuses à la pression.

Le 18 juillet, colpotomie postérieure ; les annexes droites sont enlevées ; l'ovaire, très gros, seléro-kystique, est très adhérent à la trompe ; celle-ci est dilatée, contient du liquide citrin, formant un hydrosalpinx du volume d'une noix.

Suites parfaites.

La malade, revue l'année suivante, ne souffre plus ; elle a beaucoup engraisé.

OBSERVATION XXXIII

Mme P..., 35 ans, en ville.

Réglée à 14 ans. Mariée à 25 ans.

Après trois accouchements normaux, la malade fait une fausse-couche au deuxième mois de la grossesse. Depuis, douleurs, hémorragies, pertes blanches surviennent, ne laissant aucun répit à la malade.

Entre à l'hôpital en janvier 1908.

On sent, au toucher, une tumeur annexielle dans le cul-de-sac droit, très douloureux à la pression.

Laparotomie le 15 février.

On trouve à droite un kyste du ligament large auquel la trompe adhère intimément. Enucléation du kyste et ablation de la trompe.

A gauche, les annexes paraissent saines et sont respectées.

Suites opératoires excellentes.

OBSERVATION XXXIV

Mme L..., 34 ans.

Réglée à 9 ans 1/2.

Douleurs abdominales survenues dès l'âge de 13 ans. Après son premier accouchement, les douleurs s'accroissent, et pendant 9 ans, les douleurs se succèdent avec des pertes blanches et des hémorragies. La malade accuse en outre des troubles vésicaux intermittents (rétention d'urine).

Entre à l'hôpital en janvier 1907.

La palpation est douloureuse, à gauche surtout. Utérus gros, fond à 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent les annexes droites ; à gauche, annexite gauche.

Opération : ignipuncture de l'ovaire gauche ; ovaire séléro-kystique. Extirpation de l'ovaire droit, renfermant un gros kyste hématique.

L'utérus est en rétroversion (hystéropexie).

Suites parfaites.

OBSERVATION XXXV

Mme R., 22 ans.

Réglée à 12 ans. Mariée à 20 ans.

Accouchement un an après son mariage ; de cette époque, plusieurs fois par mois, surviennent des hémorragies abondantes durant de 5 à 10 jours. Légères douleurs abdominales, pas de pertes blanches.
Entre à l'hôpital en juillet 1907.

Examen : dans le cul-de-sac latéral droit, on sent une petite masse roulant sous le doigt et douloureuse à la pression ; dans le cul-de-sac postérieur, masse mobile, élastique, peu douloureuse.

Opération le 26 juillet.

Ablation des annexes gauches ; l'ovaire est gros et contient plusieurs kystes hématiques. Ignipuncture de l'ovaire droit scléro-kystique.

Suites parfaites.

La malade, revue en 1908, est en parfaite santé.

OBSERVATION XXXVI

Mme V., 31 ans, en ville.

Les antécédents nous font défaut.

Laparotomie le 18 février 1908.

A droite, l'ovaire, petit, scléreux polykystique, est enlevé. Trompe saine laissée en place.

A gauche, l'ovaire est doublé de volume ; il renferme un kyste hématique gros comme une noisette. On le résèque : ignipuncture de plusieurs petits kystes folliculaires.

Hystéropexie.

Suites opératoires parfaites.

OBSERVATION XXXVII

Mme A..., 28 ans, en ville.

Réglée à 16 ans.

Trois enfants. Après le dernier accouchement, il y a deux ans, la malade a des pertes jaunâtres, empesant le linge, règles abondantes et douloureuses.

A l'examen, les annexes sont peu perceptibles des deux côtés.

Intervention le 9 mai 1908.

A droite, ablation des annexes, lésions de l'ovaire et de la trompe ; à gauche, ovaire légèrement kystique ; ignipuncture.

Suites opératoires parfaites.

Revue quelques mois après, elle se déclare complètement guérie. Nous avons eu de ses nouvelles ces jours-ci ; elle va très bien.

OBSERVATION XXXVIII

Mme E..., 45 ans.

Réglée à 18 ans. Mariée à 22 ans.

Après son deuxième accouchement, la malade a eu des pertes blanches. Les douleurs, d'abord légères, vont en augmentant, et, en 1907, la malade a des règles très abondantes et souffre de plus en plus dans le côté droit du bas-ventre.

A l'examen on sent une masse douloureuse dans le cul-de-sac latéral droit.

Laparotomie en février 1907.

Enucléation d'un fibrome sous-péritonéal du fond de

l'utérus : à droite, ablation des annexes, formant une seule masse possédant de nombreuses adhérences ; à gauche, ablation de l'ovaire seul, gros, scléro-kystique.

Suites opératoires parfaites.

La malade est en excellente santé. A différentes reprises, elle fait savoir de ses nouvelles.

OBSERVATION XXXIX

Mme R..., 37 ans, Pézenas.

Réglée à 17 ans.

Après 4 accouchements, la malade constate que son ventre augmente de volume dans la position verticale, pour reprendre ensuite son volume normal dans la position horizontale. Douleurs généralisées à tout l'abdomen, constipation. Règles diminuées d'abondance.

Examen le 5 août 1907.

Au toucher, le col regarde franchement en avant, et dans le cul-de-sac postérieur, on sent une tumeur formée par le corps de l'utérus en rétroflexion. Rien du côté des annexes.

Opération le 7 août.

Hystéropexie (procédé Doléris-Richelot).

Les annexes sont saines ; l'ovaire droit, quoique scléro-kystique, est laissé en place : ignipuncture.

Suites : le 19 septembre, la malade sort guérie.

OBSERVATION XL

Mme B.-L., 27 ans, Boisseron.

Réglée à 13 ans. Mariée à 24 ans.

Trois avortements ; à la suite du troisième avorte-

ment, la malade eut des hémorragies, des pertes blanches, accompagnées de douleurs.

Entre à l'hôpital le 1^{er} février 1911.

A l'examen, le cul-de-sac latéral gauche est douloureux ; on y sent un ovaire augmenté de volume.

Intervention le 27 février.

A gauche, ablation des annexes : l'ovaire est scléro-kystique, à prédominance scléreuse ; à la coupe, on trouve un corps jaune du volume d'un pois chiche avec dégénérescence hématique. La trompe présente une fermeture complète de l'ostium abdominale.

A droite, annexes saines, respectées.

Suites parfaites.

OBSERVATION XLI

Mme E..., 28 ans. Vic-les-Etangs.

Réglée à 17 ans. Mariée à 23 ans.

Après un accouchement, en 1904, à l'âge de 25 ans, la malade présente des pertes blanches abondantes, des métrorragies durant une vingtaine de jours, s'accompagnant de douleurs violentes.

Entre à l'hôpital en juin 1904.

A l'examen on sent un utérus très mobile en rétroversion accentuée. On ne sent pas les annexes.

Opération le 24 juin.

Ovaire gauche scléro-kystique, trompe gauche, rouge, congestionnée en chapelet. Ablation des annexes gauches. Annexes droites saines, laissées en place.

Hystéropexie.

Suites parfaites. En janvier 1908, la malade se plaint cependant de vagues douleurs du côté droit. Revue en juin de la même année, elle déclare ne plus souffrir.

OBSERVATION XLII

Mme P..., 38 ans. Gigean.

Réglée à 13 ans. Mariée à 19 ans.

Trois accouchements successifs : infection puerpérale au dernier, qui tient la malade alitée pendant un mois. Depuis, douleurs et pertes blanches assez abondantes ; les règles sont irrégulières.

Au toucher, on provoque des douleurs dans le cul-de-sac latéral gauche ; pas de tuméfaction perceptible.

Intervention le 3 mars 1909.

Les trompes paraissent normales ; à gauche, l'ovaire petit et renfermant deux kystes est enlevé. A droite, l'ovaire sain est laissé en place.

Suites : normales.

La malade revue en 1911, se plaint de vertiges, de vomissements, les règles ont disparu depuis cinq mois.

Mme P.. est en parfaite santé (la menstruation n'a pas reparu).

OBSERVATION XLIII

Mme B..., 26 ans. Arles.

Réglée à 17 ans. Mariée à 20 ans.

Six mois après son mariage, avortement de 50 jours ; les douleurs apparaissent alors du côté gauche.

A l'examen, les culs-de-sac sont libres, mais à gauche on sent les annexes augmentées de volume.

Laparotomie.

A droite les annexes sont enlevées ; la trompe est congestionnée, l'ovaire kystique.

A gauche, l'ovaire est ignipuncturé ; il présente quelques petits kystes citrins. La trompe paraît saine.

Suites : normales.

La malade est revue l'année suivante : nerveuse, elle se plaint sans cause apparente.

OBSERVATION XLIV

Mme D..., 50 ans.

Réglée à 14 ans. Mariée à 19 ans.

La maladie débute en décembre 1910 par une forte hémorragie ; des douleurs surviennent à cette époque, et une seconde hémorragie survenant en janvier 1911, la malade entre à l'hôpital.

Au toucher, on constate que l'utérus est en rétroversion ; les culs-de-sac sont libres et non douloureux.

Intervention le 26 janvier.

A droite, l'ovaire présente un kyste à contenu séreux ; résection partielle. Rien à la trompe.

A gauche, l'ovaire présente deux ou trois petits kystes folliculaires : résection partielle. Trompe saine. Hystéropexie.

Sort guérie le 18 février.

Revue en octobre 1911 : se plaint de douleurs abdominales. L'utérus est retombé en arrière.

OBSERVATION XLV

Mme D..., 29 ans. Lunel.

Réglée à 12 ans. Mariée à 19 ans.

Pas d'enfants, ni de fausses couches.

Depuis deux ans, la malade a des pertes blanches ; ces pertes sont accompagnées de douleurs s'irradiant dans les reins ; céphalée fréquente.

Entre le 3 mai 1909 à la clinique.

Au toucher, les culs-de-sac sont libres ; à droite, la trompe roule sous le doigt ; à gauche, on sent une masse arrondie et douloureuse.

Laparotomie le 15 mai.

A gauche, les annexes adhérentes sont libérées et enlevées ; l'ovaire est gros et contient un volumineux kyste hématique ; la trompe tortueuse est soudée à l'ovaire.

A droite, l'ovaire scléro-kystique est enlevé.

Suites normales.

La malade a été revue ; elle est en excellente santé ; les règles ont disparu, mais elle a toujours des pertes blanches.

OBSERVATION XLVI

Mme S..., 33 ans. Cette.

Réglée à 16 ans et demi.

A 18 ans, la malade accuse une douleur dans la fosse iliaque gauche, exagérée par la fatigue, les règles ; quelques pertes blanches.

Entre à l'hôpital en juin 1907.

Examen : la malade est vierge ; le toucher se fait cependant aisément ; dans les culs-de-sac latéraux on sent nettement les deux ovaires augmentés de volume.

Laparotomie le 22 juin.

Ablation des deux ovaires. Ils sont gros et polykystiques ; le gauche est le siège d'un kyste hématique de la grosseur d'une noisette. Trompes normales.

Suites : Le 16 juillet, la malade sort guérie. Revue en 1908 : excellent état général ; se plaint seulement de crises douloureuses à gauche qui disparaissent, d'ailleurs, après quelques jours de repos.

OBSERVATION XLVII

Mme G..., 36 ans. Caux.

Réglée à 12 ans. Mariée à 29 ans.

Grossesse. Bon accouchement. Nourrit.

Un mois après, les règles réapparaissent plus abondantes, et s'accompagnant de douleurs sourdes dans le bas-ventre et s'irradiant dans les lombes gauches.

Examinée le 25 novembre 1907 : On sent dans le cul-de-sac gauche l'ovaire roulant sous le doigt, et douloureux.

Laparotomie le 18 décembre.

Annexes droites saines. A gauche, l'ovaire est porteur d'un kyste hématique. Le kyste est réséqué ; ponction au thermo de deux ou trois kystes folliculaires. Trompe saine. Suites parfaites.

La malade revue en 1909 est en excellent état.

Vient de nous répondre : réglée normalement. Souffre légèrement et par moments, du côté droit.

OBSERVATION XLVIII

Mme M..., 23 ans. Mèze.

Réglée à 17 ans. Mariée à 20 ans.

Les règles ont toujours été irrégulières, abondantes ; après deux accouchements, la malade ressent des douleurs des deux côtés.

A l'examen, on sent les annexes droites douloureuses.
A gauche, rien.

Intervention le 2 novembre 1909. L'ovaire droit est le siège d'un kyste hématique de la grosseur d'une noix ; la trompe elle-même est congestionnée ; on enlève les annexes droites.

A gauche, l'ovaire et la trompe présentent de petits kystes que l'on cautérise.

Suites parfaites.

Vient de nous écrire ; elle souffre parfois après un travail pénible, et a quelques pertes blanches.

OBSERVATION XLIX

Mme A..., 25 ans. Millau.

Réglée à 16 ans. Mariée à 21 ans.

Un mois après son mariage, la malade commence à ressentir des douleurs dans le bas-ventre s'accompagnant de pertes blanches. Après un accouchement normal et un avortement, les douleurs s'accroissent.

Entre à l'hôpital en avril 1910.

Au toucher on sent l'utérus en rétroversion ; on ne sent pas les annexes des deux côtés.

Intervention le 28 avril :

A droite, l'ovaire polykystique est doublé de volume, la trompe augmentée de volume. On les enlève.

A gauche, l'ovaire polykystique est réséqué en partie ; la trompe est saine (1).

Suites opératoires parfaites.

(1) Hystéropexie.

La malade revue en 1910 souffre du côté droit ; l'ovaire a augmenté de volume et est douloureux à la pression.

Les douleurs que ressent la malade sont toujours causées par une fatigue excessive ou une marche forcée. Les règles sont très irrégulières et assez abondantes (8 à 9 jours).

OBSERVATION L

Mme R..., 37 ans. Beaucaire.

Réglée à 14 ans.

A 27 ans, un avortement de trois mois ; depuis, la malade ressent des douleurs exagérées par la fatigue et la menstruation ; les règles sont surtout douloureuses avant l'apparition de l'écoulement. Ces douleurs paraissent localisées à gauche. La malade a, en outre, quelques pertes blanches tachant le linge.

Entre à l'hôpital en mai 1911.

On constate à l'examen une masse volumineuse et douloureuse dans le cul-de-sac latéral gauche.

Intervention le 28 juin 1911.

A gauche, ablation des annexes ; l'ovaire est augmenté de volume, scléro-kystique, bourré de kystes séro-hématiques. A droite, l'ovaire est scléro-kystique, mais à un degré bien moindre. Ignipuncture.

Suites opératoires excellentes.

La malade nous donne de ses nouvelles : souffre toujours, surtout au moment des règles. Digère très mal, a souvent des cauchemars. Se dit très nerveuse.

Laparotomies Itératives

OBSERVATION LI

Mme P..., 32 ans. Cette.

En juin 1907, la malade accuse des pertes blanches, tachant le linge et l'empesant. Elle se plaint, en outre, de douleurs continues localisées au côté droit du bas-ventre. Elle garde le lit au moment des règles : recrudescence de douleurs.

Entre à l'hôpital le 11 septembre 1907.

Dans le cul-de-sac latéral droit, on sent les annexes peu augmentées de volume, mais très douloureuses à la pression.

Laparotomie le 1^{er} octobre.

A droite, la trompe est saine, mais l'ovaire est gros, scléreux, polykystique et renferme un kyste hématique gros comme une noisette. Les annexes droites sont enlevées. A gauche, ovaire scléreux, ponctionné au thermo.

Suites : La malade sort guérie le 27 octobre.

Quatre mois après, les douleurs reviennent s'irradiant dans les reins ; au toucher dans le cul-de-sac latéral gauche, on provoqué une douleur. Absence de tumeur.

Nouvelle intervention le 2 juin 1909. Ablation des annexes gauches. Ovaire scléro-kystique. Trompe tortueuse soudée à l'ovaire par de nombreuses adhérences.

La malade sort guérie fin juin.

Nous avons eu de ses nouvelles, elles sont excellentes.

OBSERVATION LII

Mme P..., 26 ans. Agde.

Mariée à 21 ans.

Entre à l'hôpital le 9 décembre 1910.

Depuis un an et demi, souffre de douleurs abdominales à la suite d'un traumatisme ? Ces douleurs s'accompagnent parfois de vomissements. Règles irrégulières ; pertes blanches.

Au toucher, l'utérus est douloureux. A gauche, grosse masse annexielle. A droite, on sent l'ovaire hypertrophié.

Laparotomie le 22.

A droite : Trompe saine et perméable. Ovaire doublé de volume, scléro-kystique. On en résèque les deux tiers.

A gauche : Ovaire triplé de volume. Gros kyste hémattique ; ablation des annexes de ce côté.

Suites parfaites. Guérison en janvier.

En octobre 1911, la malade revient dans le service : elle souffre du ventre et ne peut avoir aucun rapport avec son mari.

Examinée, on sent à droite l'ovaire augmenté de volume.

Relaparotomie le 21 décembre 1911.

Adhérences épiploïques à la paroi et à l'utérus. Libération. L'ovaire droit ignipuncturé précédemment et réséqué en partie est augmenté de volume et rempli de kystes. Ablation.

Suites opératoires parfaites.

OBSERVATION LIII

Mme C..., 38 ans. En ville.

Réglée à 12 ans. Mariée à 17 ans.

A eu 6 enfants et une fausse couche ; à la suite, il y a 6 ans, la malade commence à souffrir du ventre ; les règles sont longues, — durant 10 à 12 jours.

Entre en juin 1908.

A l'examen, le cul-de-sac gauche est très douloureux et donne la sensation d'une masse annexielle.

Intervention le 15 juin :

A droite, ablation des annexes ; l'ovaire présente de nombreux kystes, la trompe est turgescente.

A gauche, petit ovaire scléro-kystique ; ignipuncture.

Suites : La malade sort guérie, mais quatre mois après les hémorragies réapparaissent ainsi que des douleurs dans la fosse iliaque gauche. Au toucher, le cul-de-sac gauche est très douloureux.

Une seconde intervention est jugée nécessaire le 3 février 1909.

Hystérectomie subtotalé ; l'ovaire gauche présente de nombreux kystes hématiques, la trompe noueuse, congestionnée, a ses franges hypertrophiées.

Sort guérie le 3 mars.

OBSERVATION LIV

Mme H..., 40 ans. Aubenas.

Réglée à 13 ans. Mal réglée, retard, irrégularités.

Plusieurs accouchements normaux, sans incidents.

En 1907, la malade se plaint de douleurs à droite.

Examinée en mai 1908, le cul-de-sac latéral droit est très sensible à la pression.

Laparotomie le 11 mai.

Les annexes droites sont enlevées ; l'ovaire est scléro-kystique.

Suites opératoires parfaites.

Relaparotomie le 16 octobre 1909 (les détails nous manquent).

OBSERVATION LV

M. B..., 32 ans. Castelnau-le-Lez.

Réglée à 12 ans. Mariée à 19 ans.

Après trois accouchements, la malade ressent des douleurs bilatérales très fortes dans la région hypogastrique ; les pertes sont abondantes avec de nombreux caillots.

Au toucher, on provoque des douleurs dans les culs-de-sac latéraux droit et gauche.

Intervention le 21 janvier 1909.

A gauche, ovaire scléro-kystique avec kyste hématique d'un corps jaune ; trompe flexueuse ; les annexes sont enlevées.

Suites normales.

En février 1910, la malade entre de nouveau à l'hôpital.

A la palpation, on sent une masse annexielle douloureuse à droite.

Relaparotomie le 22 février : on fait une hystérectomie subtotalaie ; l'ovaire présente un gros kyste hématique du volume d'une noix, et de nombreux petits kystes. La trompe est elle-même très congestionnée et friable.

Suites opératoires parfaites.

La malade est en excellent état de santé.

OBSERVATION LVI

Mme S. C..., 22 ans. Pézenas.

Il y a 19 mois, après un accouchement, la malade a eu des métrorrhagies, des pertes blanches, des crises dou-

loureuses à début brusque, s'accompagnant de vomissements.

Entre à l'hôpital en juin 1908.

On diagnostique une appendicite.

Opération le 4 juin.

L'appendice est turgescent, volumineux et congestionné, présente quelques adhérences épiploïques. Résection. Quant aux annexes, à droite, ovaire scléreux ; ignipuncture. A gauche, ablation de l'ovaire gros et kystique.

Suites opératoires parfaites.

Après sa sortie, la malade continue à souffrir ; elle rentre (les dates nous manquent) de nouveau à l'hôpital, où une nouvelle intervention est jugée nécessaire.

Ablation des annexes ; l'ovaire droit présente un kyste gros comme une noix.

Guérison.

OBSERVATION LVII

Mme F..., 27 ans. En ville.

Réglée à 13 ans. Mariée à 22 ans.

Un accouchement normal ; quelque temps après, douleurs, pertes blanches abondantes, règles plus longues et douloureuses.

Entre à la clinique en décembre 1907. Intervention :

A gauche, gros ovaire renfermant un kyste hématique ; kyste réséqué et cautérisation de la cavité.

A droite, petit ovaire avec quelques petits kystes qui sont cautérisés.

Suites parfaites.

Guérison se maintient pendant huit mois. Les douleurs réapparaissent alors, les règles augmentent de durée. Dou-

leur très nette dans la fosse iliaque gauche ; dans le cul-de-sac on sent une masse arrondie, volumineuse.

Nouvelle intervention le 1^{er} mai 1909. Hystérectomie abdominale totale. Annexes gauches : l'ovaire scléreux présente un gros kyste hématique. A droite, l'ovaire est scléro-kystique ; les trompes contiennent un peu de pus à l'intérieur.

Le 29 mai, sort guérie.

OBSERVATION LVIII

Mme G... entre à l'hôpital en décembre 1907.

La malade souffre depuis près de dix-huit mois ; les pertes blanches sont abondantes et les pertes rouges très douloureuses.

Au toucher, on sent dans le cul-de-sac latéral droit une tumeur mobile et douloureuse.

Intervention le 29 décembre.

A droite, ablation de l'ovaire doublé de volume, scléro-kystique. Trompe saine.

A gauche, l'ovaire présente de petits kystes qui sont cautérisés.

Suites opératoires parfaites.

Un an après, la malade se plaint de nouveau ; elle souffre à droite, à gauche surtout ; au toucher, on sent nettement dans le cul-de-sac latéral gauche une petite tumeur.

Nouvelle intervention le 10 octobre 1909. Hystérectomie subtotala ; l'ovaire gauche présente de nombreux kystes séro-hématiques ; la trompe est congestionnée.

Suites parfaites.

OBSERVATION LIX

Mme M..., 32 ans. Cette.

Réglée à 14 ans. Mariée à 20 ans.

Trois accouchements normaux. Mais depuis le dernier accouchement, en 1904, la malade a des pertes blanches. Les douleurs surviennent à cette époque, et leur acuité augmentant, la malade entre à l'hôpital en septembre 1907.

A l'examen, on sent les annexes peu augmentées de volume, mais douloureuses au toucher, dans le cul-de-sac droit.

Le 16 septembre, laparotomie.

Kyste à gauche sur le bord supérieur du ligament large, la trompe y adhère fortement. Ablation.

A droite, ignipuncture de l'ovaire droit légèrement kystique.

Suites parfaites ; la malade sort en excellent état.

Jusqu'en septembre 1909, rien de particulier. A cette époque, des douleurs abdominales apparaissent ; la malade souffre beaucoup et elle revient à l'hôpital.

A l'examen, on provoque une douleur vive dans le cul-de-sac gauche.

Intervention le 11 décembre 1909.

Hystérectomie subtotale.

Un kyste assez volumineux s'est développé aux dépens de l'ovaire gauche. Adhérences multiples entre l'ovaire droit et la trompe.

Les suites opératoires furent très bonnes.

OBSERVATION LX

Mme T. V..., 40 ans. Montpellier.

Le 30 novembre 1911, la malade entre à l'hôpital ; elle souffre depuis quelques mois de douleurs abdominales surtout localisées à droite.

A l'examen, on porte le diagnostic de salpingo-ovarite double.

Intervention le 9 décembre :

A gauche, ablation de l'ovaire scléro-kystique. A droite, l'ovaire légèrement scléreux est réséqué en partie.

Le 30, la malade sort guérie.

En janvier 1912, on revoit la malade : elle continue à souffrir.

Une nouvelle intervention est faite à cette époque :

Adhérences multiples entre les annexes droites et les anses grêles ; on les libère. On fait une hystérectomie subtotale.

L'ovaire droit et la trompe présentent de nombreuses adhérences ; l'ovaire est doublé de volume, la trompe est volumineuse.

Suites opératoires parfaites. Guérison.

OBSERVATION LXI

Mme L. R..., 20 ans.

Entre à l'hôpital dans le courant de l'année 1911. Opérée pour appendicite et salpingo-ovarite droite : les annexes de ce côté sont enlevées.

Souffre toujours : rentre à l'hôpital une seconde fois,

un an après. Les douleurs sont vives et s'accompagnent de vomissements.

Relaparotomie.

Ablation des annexes et de l'utérus. Guérison.

OBSERVATION LXII

Mme F...

En 1910, ablation des annexes d'un seul côté. Deux ans après, les douleurs reviennent, localisées à droite.

Seconde intervention le 16 février 1912. Ovaire droit scléro-kystique, uni à la trompe par de nombreuses adhérences.

Hystérectomie subtotale. Guérison.

CHAPITRE II

INTERPRÉTATION DES OBSERVATIONS

Telles sont les soixante-deux observations prises dans le service de M. le professeur de Rouville, observations concernant uniquement des opérations conservatrices. Résumons brièvement les interventions pratiquées et les résultats :

I. *Opérations conservatrices pratiquées :*

Ablation des annexes d'un seul côté.....	39
— des deux ovaires	1
— d'un seul ovaire	12
Résection partielle d'ovaire	20
Ignipuncture.	24
Ablation des trompes	1
— d'une seule trompe	1
Salpingostomie.	1

II. *Résultats*

Immédiats.	Excellents
Mortalité.	Nulle

Eloignés.	Grossesses....	7 (1).
	Menstruation..	Conservée: sauf dans 2 cas.
	Douleurs.....	Persistantes : dans 10 cas.
	Récidives	12 (guérison dans les 12 cas) après intervention itérative

Si nous considérons uniquement les résultats favorables, nos chiffres sont la preuve d'un succès éclatant et peuvent soutenir n'importe quelle comparaison.

Pour des grossesses (7 sur 62), nous obtenons le pourcentage suivant : 11 0/0.

Dans la thèse de Py, parue sur le même sujet, le pourcentage est seulement de 5 0/0.

Jacobson, sur 72 cas, a 6 grossesses : 8 1/3 0/0.

Dudley, par contre, a 25 grossesses sur 148 cas : 16 0/0.

Fonction menstruelle conservée :

Jacobson.	98 0/0
De Rouville.....	97 0/0

Il n'est pas besoin de commentaires pour défendre nos chiffres, qui répondent à la moyenne observée jusqu'ici.

Les douleurs persistant chez nos malades à la suite des opérations conservatrices sont rares, et si nous disons qu'il y a une dizaine de malades qui s'en plaignent actuellement, il n'y en a véritablement que deux (obs. 49 et 50) dont les douleurs, accompagnées de pertes abondantes, peuvent être expliquées par un retour offensif de la maladie ; le nervosisme entre pour une grande part chez les

(1) La malade de l'obs. II, a eu en outre deux grossesses, qui ne rentrent pas ici en ligne de compte.

autres et nous ne croyons pas qu'il faille y attacher beaucoup d'importance.

Malheureusement, le succès serait trop beau si nous n'avions pas à enregistrer les opérations itératives : c'est là le point faible de l'opération conservatrice. Le chiffre nous en paraîtra certainement très élevé : 12 sur 62 — ce qui fait un pourcentage de 19 0/0.

Dans la thèse de Py, citée plus haut, le pourcentage est de 20 0/0. Il y a déjà une légère différence ; il est vrai, ainsi que le dit M. le professeur de Rouville, nous avons affaire à une catégorie de malades dont la mentalité est toute spéciale, des malades d'hôpital — ils sont bien connus des médecins ou chirurgiens qui les approchent chaque jour. Que le temps soit mauvais, que le travail soit pénible et qu'une douleur survienne à propos, ils l'exagèrent aussitôt et prennent le chemin de l'hôpital. Aussi notre maître nous donne un bon conseil : « Ne dévoilez jamais à la malade, dit-il, le côté où ses annexes ont été conservées » ; et avant tout, il faut savoir attendre et ne pas se presser de réopérer, ainsi que le disait tout récemment encore M. le professeur Walter à M. de Rouville.

D'ailleurs, et plus loin nous le verrons, l'opération itérative n'est point à redouter, notre statistique nous en donne la preuve.

Nous ne serions pas complet si nous nous en tenions simplement aux résultats de nos observations : quelques mots sont nécessaires sur les lésions constatées et le mode opératoire suivi par notre maître.

Au premier abord, à l'examen de la malade, l'attention du chirurgien est parfois attirée sur la déviation utérine, et c'est souvent dans le but de faire une hystéropexie simple qu'on se voit obligé d'agir directement sur les annexes (— la coïncidence de la rétroversion et de

l'ovarite est très fréquente—). Les lésions rencontrées du côté de l'ovaire sont souvent celles des ovarites kystiques, scléreuses, ou scléro-kystiques. On trouve aussi des kystes hématiques folliculaires ou du corps jaune — cas nombreux. Quel est le rôle de l'infection ? Il est très discuté ; nous ne voulons pas entrer dans cette discussion ; mais nous publions l'observation d'une ovarite scléro-kystique chez une vierge (obs. 46). Dans ce cas, l'infection est rien moins que prouvée.

Les trompes sont souvent congestionnées, œdématisées, déviées, imperméables ; elles ont contracté des adhérences avec l'ovaire et parfois elles présentent une occlusion complète de l'ostium abdominale ; leur cavité est souvent alors distendue par du liquide séreux, hématique ou purulent.

Quant au mode opératoire suivi par M. de Rouville, nous voyons que sa préférence va de suite à la voie abdominale (1). Lui-même nous en a donné les raisons : on y voit mieux, on opère plus à son aise, l'hémostase est plus facile. Les procédés opératoires de conservation sont ou la conservation complète d'un seul côté, ou la résection partielle d'un ovaire, ou l'ignipuncture. La trompe est souvent cathétérisée au cours de l'opération, et lorsqu'il existe une oblitération double des pavillons, M. de Rouville pratique une salpingostomie : « On résèque la partie malade de la trompe et on fait sur le moignon tubaire un ostium péritonéal en suturant la muqueuse éversée à la séreuse tubaire. » (Goullioud) (2) (obs. 27).

(1) Malgré le perfectionnement apporté à la voie vaginale par l'éclairage (péycoscopie) du professeur Ott.

(2) Goullioud, Annales de Gynécologie, 1900.

CHAPITRE III

« Les opérations conservatrices ont deux buts principaux : ou conserver à l'appareil sa sécrétion externe, la fonction de reproduction ; ou si l'on ne peut la conserver, sauver du moins la sécrétion interne » (1). Les premiers chirurgiens, connaissant moins qu'aujourd'hui les lois de la physiologie, pour guérir la femme, sacrifiaient les ovaires ; on connaît les résultats qui en étaient la conséquence : sans parler de la mortalité, les séquelles étaient si multiples, si variées, qu'une réaction se produisit, et, dès 1884, Schröder entreprenait la première opération conservatrice, la première résection de l'ovaire. « Les suites opératoires furent parfaites, la malade devint enceinte et accoucha à terme ». Cette publication eut un retentissement énorme, et c'est de cette époque que date la formation des deux écoles, l'une radicale, l'autre économique, ayant chacune à leur tête des gynécologues éminents.

En France, un grand nombre de chirurgiens, et des plus notables (Segond, Routier, Bouilly, Reclus, Hartmann, s'ils ne sont pas opposés en principe à la conservation et aux opérations conservatrices, ne leur accordent

(1) Sauvé, Paris Médical, 1911, n° 18.

pas une grande valeur et les regardent comme très aléatoires, presque illusoirs, dignes de très peu de confiance ; mais c'est à l'étranger surtout que l'on trouve des partisans convaincus de l'intervention radicale.

Quant aux partisans de l'école économique, ils sont représentés dans notre pays par Pozzi, qui fut le promoteur et le défenseur le plus ardent de cette méthode. A ses côtés, nous trouvons, encore en France, des hommes tels que Delbet, Richelot, Leguen, Tuffier, Clado. Notre maître, M. le professeur de Rouville, est un partisan convaincu de cette méthode et les nombreuses observations que nous publions ne font que justifier la faveur qu'il lui accorde.

I. — *Les partisans de l'intervention radicale* font valoir avant tout la sécurité de la castration totale et les récurrences nombreuses qui succèdent aux opérations économiques : dans le traitement radical, Thaler indique 98 0/0 de guérisons absolues, au lieu de 88 0/0 dans les opérations conservatrices. Sur 21 femmes ayant subi des interventions économiques, Hyde eut 4 récurrences et une seule grossesse ; devant des résultats aussi minimes, Hyde ne voit donc pas l'utilité qu'il y a à conserver les annexes. De même, prétend Gilles, dans la castration totale, la ménopause artificielle provoquée est moins marquée que la ménopause naturelle : les phénomènes nerveux, dépression, hypocondrie, mélancolie, folie, sont dus à d'autres causes, dit-il, et on peut éviter de nombreux accidents en laissant des fragments d'ovaire au niveau des pédicules. D'autres chirurgiens font valoir des raisons anatomo-pathologiques. « Des ovaires ou reliquats d'ovaires prétent ultérieurement, à une date plus ou moins éloignée,

au développement de kystes plus ou moins considérables » (Ehrenfest-Vautrin).

Nous discuterons la valeur de ces différents arguments, lesquels nous paraîtront bien faibles en comparaison des avantages immenses que procure la conservation des annexes.

II. — a) Écoutons d'abord les physiologistes (Alamar-tine) : *La sécrétion interne de l'ovaire* agit sur toute l'économie. Elle agit favorablement sur le développement du squelette : les femelles castrées pendant la croissance sont moins grandes que les non castrées.

« Elle agit sur le système circulatoire : le suc ovarique produit de l'hypotension, contribue à la régularité sanguine, augmente la masse du sang et sa teneur en hémoglobine. Elle agit puissamment sur la régulation et l'équilibre du système nerveux. Enfin elle agit sur les sécrétions ; sur la sécrétion lactée, tout d'abord, qu'elle augmente ; sur la sécrétion urinaire, qu'elle augmente, et en qualité et en quantité (élévation de l'élimination phosphatée et du coefficient d'oxydation (Jardry) ; sur les fonctions respiratoires, en activant les échanges gazeux ; sur les fonctions digestives, en excitant le besoin de nourriture. » (1)

b) A la suppression de cette action physiologique si vaste correspondent donc des *troubles généraux graves* : ces troubles caractérisent ce qu'on appelle « la ménopause post-opératoire ». Dans les thèses de Denis et de Martin, nous les trouvons exposés : troubles de nature vaso-motrice, troubles trophiques, troubles psychiques. Les premiers

(1) Sauvé, loc. cit.

sont les plus fréquents : à côté de vertiges, de sueurs, de bourdonnements d'oreilles, de maux de tête, les femmes éprouvent des poussées congestives du côté de la tête et des troubles cardiaques qui peuvent les rendre incapables de tout effort. Les troubles trophiques apparaissent sous la forme soit d'une adiposité pathologique, soit d'une atrophie de tout l'appareil génital. Quant aux troubles psychiques, plus rares, mais plus graves que les précédents, ils se manifestent de mille façons : depuis des symptômes légers, vagues, passagers, jusqu'à l'aliénation mentale. Voici d'ailleurs quelques chiffres recueillis dans la thèse de Py à qui je fais de nombreux emprunts :

Résultats éloignés de la castration

Troubles de la mémoire.....	78 0/0
Vertiges, éblouissements	60 0/0
Hyperexcitabilité.....	50 0/0
Mélancolie.	42 0/0
Diminutions des désirs sexuels.....	79 0/0
Crises nerveuses :	15 0/0
Insomnie.	5 0/0
Aliénation . 2 cas sur 6 castrations.	

Enfin, on constate une atténuation très marquée des caractères sexuels : atrophie des seins, apparition des poils aux régions glabres, voix virile.

Nous devons dire ici que M. le professeur de Rouville, basant en cela son opinion sur son expérience personnelle, se montre assez sceptique relativement à la gravité de ces troubles de ménopause opératoire. Il estime que ces troubles sont, dans l'immense majorité des cas, très légers et vont régulièrement en s'atténuant, jusqu'à disparaître.

tre au bout de 2 ou 3 mois. Les malades qui, après castration, souffrent de troubles graves, sont pour lui des prédisposées de façon héréditaire ou acquise, et nous avons entendu notre maître insister maintes fois, dans son service, sur la nécessité d'examiner à fond les malades, à ce point de vue spécial, avant l'intervention. Il pense que, d'une façon générale, on a fait trop de bruit autour de ces accidents consécutifs à la castration et la prophylaxie de ces troubles n'entre que pour une faible part dans ses préoccupations de gynécologue conservateur.

c) Par contre, on nous dira que l'*opothérapie ovarienne* est là, à notre portée, pour suppléer à l'absence des ovaires. Elle a été fort vantée, en effet, cette « pharmacie ovarique », comme dit Segond. Mais nous n'ignorons pas que les résultats de l'opothérapie ovarienne sont regardés comme inconstants par les promoteurs mêmes de la méthode (Jayle). Qu'on ait eu des résultats, ce n'est point douteux, et ils ne surprendront pas les plus sceptiques quand ils sauront qu'ils n'ont été constatés que chez de grandes nerveuses. Ce merveilleux de l'opothérapie agit sur ces détraquées au même titre que n'importe quel élément tant soit peu mystérieux — et je cite les paroles mêmes de Sauvé — : « Si les différents extraits d'ovaire sont encore assez souvent prescrits, c'est qu'il faut bien faire quelque chose, et qu'après tout, si cela n'agit pas sur l'insuffisance ovarienne, cela risque d'influencer favorablement l'insuffisance d'équilibre cérébral » (1). Nous avons entendu souvent M. le professeur de Rouville prescrire à ses opérées l'ovarine ou l'ocréine : son opinion n'est pas encore faite touchant l'efficacité de l'opothéra-

(1) Sauvé, loc. cit.

rie ovarienne. « En tout cas, ajoute-t-il tout bas, si cela ne fait pas de bien, cela ne peut faire de mal. »

d) *La greffe ovarienne ?* Les résultats n'en sont pas meilleurs que ceux que l'on obtient par l'opothérapie. J'emprunte encore quelques chiffres à Sauvé (*loc. cit.*). Sur 45 cas d'autogreffes, il y a eu des résultats appréciables dans 15 cas seulement (retour de la menstruation). Sur 14 d'homogreffes, 4 succès. En définitive, sur 59 cas, une vingtaine de succès : retour de la menstruation (1). Quant aux phénomènes d'insuffisance ovarienne, ils apparaissent aussi bien chez les femmes greffées (21 cas sur 23) (Tuffier). Si l'on tient compte enfin du risque de souffrances nouvelles que les greffes font courir aux malades, nous voyons donc que la greffe ovarienne est loin de répondre à nos désirs et que rien jusqu'ici n'a été trouvé pour remplacer l'ovaire. M. le professeur de Rouville étudie actuellement dans son service cette question de greffes d'ovaire ; il a déjà pratiqué une dizaine d'autogreffes et se réserve de publier ses observations quand elles seront plus anciennes. Une de ses malades, dont il a conservé l'utérus et greffé les ovaires sous la peau du ventre à ses règles, ne souffre plus et n'a présenté aucun trouble de ménopause.

III. — Une autre considération doit encore être présente à l'esprit du chirurgien quand il traite une salpingo-ova-

(1) Morris cependant eut une grossesse chez une femme à laquelle il avait enlevé les deux ovaires et pratiqué dans la même séance une hétérogreffe : ce cas a beaucoup frappé l'imagination. Mais un opérateur pouvant laisser une parcelle d'ovaire attenant à l'utérus, et la possibilité d'ovaires surnuméraires laissés en place, enlèvent tout caractère probant à cette observation.

rite : souvent, un organe même malade peut remplir ses fonctions : « L'examen microscopique des ovaires enlevés par Teissier a démontré à Malassez et à Ravyer que l'intégrité fonctionnelle de ces organes était encore possible ; de même, nous devons enregistrer l'aveu de Lucas-Championnière, qui reconnaît que dans nombre de cas, il n'avait pas trouvé de lésions bien caractéristiques pouvant entraîner la disparition du pouvoir fonctionnel de ces organes » (Thèse de Remusat). Cependant, Vautrin, dans les *Annales de Gynécologie* 1906, insiste sur la dégénérescence kystique de l'ovaire conservé ; il prétend que ces tumeurs « sont exposées à une évolution maligne, quelles sont cause surtout de difficultés opératoires lors des récidives ». Cette dégénérescence maligne est rare et le microscope nous montre que la plupart des kystes ovariens ne sont pas de mauvaise nature. D'autre part, c'est vers la sclérose qu'évoluent les différents tissus ovariens ; or, le fer rouge favorise la résorption des tissus atteints de sclérose ; donc, l'ignipuncture peut arrêter ce processus.

Cependant, M. le professeur de Rouville n'est pas éloigné de croire que l'ignipuncture favorise au contraire la sclérose ovarienne et, par suite, la dégénérescence kystique de l'ovaire. Dans plusieurs de ses opérations itératives, il a constaté cette dégénérescence d'ovaires ignipuncturés ; il a, par suite, presque complètement abandonné l'ignipuncture.

b) Mais le grand reproche qui nous est fait, c'est la récidive. Nous avons vu plus haut l'opinion de Vautrin à ce sujet : en effet, dans les opérations itératives, les difficultés surgissent ; des adhérences se sont établies, des accidents peuvent se produire : perforations, déchirures, hémorragies. Ces inconvénients peuvent exister, sans nuire

doute, et notre maître les a rencontrés. Mais sa statistique d'opérations itératives (12 interventions — 12 succès) prouve qu'avec une bonne asepsie et une bonne technique, on en vient aisément à bout et qu'on ne saurait y voir une contre-indication à la chirurgie conservatrice des annexes, dont les avantages ne nous paraissent pas discutables.

c) *Une dernière raison* enfin, la plus puissante pour notre maître, vient encore à l'appui de notre thèse. La castration totale fait de la femme un individu inapte à remplir son rôle dans la nature ; elle sort guérie, sans doute, de l'hôpital, mais amoindrie, diminuée ; et le chirurgien aura le droit d'être fier, qui aura rendu à sa malade la santé, en lui laissant la possibilité, ou tout au moins l'espoir d'être mère.

CONTRE-INDICATIONS

Il est évident que la méthode conservatrice ne devra pas être pratiquée de parti-pris et que le chirurgien devra tenir compte des contre-indications.

C'est Shrøder lui-même qui nous indique les cas où la conservation sera contre-indiquée :

« 1° Toutes les fois qu'il y a le moindre soupçon de dégénérescence maligne, même d'un seul côté ;

» 2° Quand la ménopause est prochaine ;

» 3° Quand il y a eu des grossesses nombreuses. »

Ce sont là des raisons qu'il n'est pas besoin de discuter ; tout médecin les comprendra.

Nous croyons cependant, avec notre maître, M. le professeur de Rouville, qu'il est encore une raison — d'ordre social — à laquelle il faut songer : c'est lorsqu'on a affaire à des femmes d'ouvriers, femmes de labeur, dont la tâche est rude. Avant tout, à celles-là, il faut leur laisser la possibilité de travailler, leur épargner des douleurs qui peuvent revenir, leur faire interrompre pour un temps plus ou moins long le travail, qui leur est précieux.

C'est aussi l'avis de Delbet : « Ce que les malades nous demandent, avant tout, c'est de ne plus souffrir et de pouvoir mener la vie correspondant à leur état social. »

CONCLUSIONS

Devant les résultats pratiques obtenus à la Clinique Gynécologique, chez des malades suivis pendant près de six ans, une conclusion s'impose : l'opération conservatrice est une bonne opération ; sur 62 opérées, nous avons une mortalité nulle, des guérisons complètes, et 7 grossesses. Quant aux interventions itératives, si elles paraissent nombreuses (12), le chirurgien n'a pas à les redouter, les succès que nous enregistrons ne peuvent que le rassurer (12 guérisons sur 12 opérations).

En outre, nous avons vu que théoriquement, la conservation offre des avantages incomparables : conservation de la sécrétion interne de l'ovaire, que ne remplaceront ni l'opothérapie, ni la greffe, par suite, pas d'accidents d'insuffisance ovarienne ; enfin, conservation de la sécrétion externe de l'ovaire, conservation des fonctions de reproduction.

Nous ne pouvons terminer sans citer à l'appui de notre thèse, la belle page que Doléris écrivait en 1891, à propos des opérations conservatrices : « L'avenir, à mon avis, est aux plus habiles et mieux avisés qui guériront sans détruire ; il est à ceux dont la tâche restera renfermée dans cette chirurgie conservatrice plus artistique, plus brillante et certainement plus ardue, par conséquent plus stimulante que celle dont le seul et unique objectif est l'extirpation radicale des organes. L'avenir, en d'autres termes, est aux procédés de restauration et de conservation, non à ceux de destruction. »

BIBLIOGRAPHIE

- ARMAND. — Thèse de Lyon, 1911.
- CERNÉ. — Conservation des annexes enflammées. *Annales de Gynécologie*, 1904.
- DENIS. — Thèse Montpellier, 1889.
- DOLERIS. — De la thérapeutique conservatrice dans les salpingo-ovarites. *Nouvelles archives d'obstétrique* (1891-1892).
- LUDLEY. — Chirurgie conservatrice de l'ovaire. *Annales de Gynécologie*, 1900.
- EHRENFEST. — Développement de kystes sur les ovaires ou portions d'ovaires conservés. *Revue de Pozzi*, 1901, numéro 3.
- ERROUX. — Thèse de Paris, 1910-1911.
- FEHLING. — Traitement des annexites suppurées. *Revue de Pozzi*, 1906.
- FLOYD Mc-RAE. — Chirurgie conservatrice des annexes. *Revue de Pozzi*, 1911.
- GILES. — *Journal de Chirurgie*, 1910.
- GOUILLOUD. — *Annales de Gynécologie*, 1900. De la salpingostomie.
- Gynécologie (La)*. — 1906. Traitement conservateur des annexites.
- HYDE. — *Semaine Médicale* 1907, numéro 45. Remarques sur la chirurgie ovarienne conservatrice.

- JACOBSON. — Journal de Pozzi, 1911.
- KOHN. — Thèse. Publication de la clinique obstétricale et gynécologique de l'Université de Genève, 1910-1911.
- MARTIN. — Thèse de Paris, 1893.
- MAYSELS-ELIACHBERG. — Thèse Montpellier, 1910.
- MULLER. — Montsschrift für Geburtshulfe und Gynekologie, tome XXXI.
- POZZI. — Gynécologie, tome III. Revue de Pozzi, 1897.
- PY. — Thèse Montpellier, 1909.
- REMUSAT. — Thèse Montpellier, 1911.
- SAUVÉ. — La sécrétion interne de l'ovaire. Paris Médical, 1911, n° 18.
- SCHIFFMANN et PATECK. — Le traitement chirurgical des annexites. Journal de Pozzi, 1912.
- THALER. — Semaine Médicale 1911, numéro 35.
- VAUTRIN. — Mémoires. Annales de Gynécologie, 1906.
- WALTHER MANTON. — (American Gynec. Society, 1906).
Série de cent opérations conservatrices.
- ZACHARIAS. — De la résection de l'ovaire. La Gynécologie, 1906.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 13 avril 1912.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 13 avril 1912.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
